

ANMELDUNG - Respiratory Monitoring Unit (RMU)
für den niedergelassenen Bereich
Tel.: 01 91060/41 440; E-Mail: kpe.pulmo.rmu@gesundheitsverbund.at

Nachname: _____
Vorname: _____
Geb: _____
SVNR: _____
Tel: _____

Zuweiser*in: _____
Ordination: _____
Tel: _____
E-Mail: _____

Relevante Diagnosen:

Arterielle BGA: unter Beatmung mit Sauerstoff Insufflierend
 Datum _____ FIO2: _____ % pH _____ pO2 _____ mmHg pCO2 _____ mmHg

Größe: _____ cm | Gewicht: _____ kg

Mechanische Hustenunterstützung: Ja Nein | Firma? _____

LTOT: Ja Nein | Firma? _____

Heimbeatmung: Ja Nein | Firma? _____

Beatmungszugang: Tracheostoma; Datum Anlage: _____ Chirurgisch Gestochen

Beatmung: Invasive Beatmung Insufflation möglich? wie viele Std./Tag? _____
 Nicht-invasive Beatmung

Beatmungsmodus: CPAP PSV iVAPS AVAPS APCV VC

Befunde:

- **CT Thorax:** Ja Nein | Datum: _____
- **Schlucken möglich?** Ja Nein, Konsistenz: alle flüssig breiig fest
- **Kognition:** wach/ansprechbar? Ja Nein | **Delir?** Ja Nein | spricht? Ja Nein
- **Atemmuskelkraftvermessung:** Datum: _____ MIP ____; MEP ____; PCF ____; forcierte VT _____
- **Neurologische Anbindung:** Letzte Kontrolle – wann? _____ Bulbäres Zustandsbild: Ja Nein
- **Polygraphie/Polysomnographie:** Ja Nein | AHI: _____
- **Kardiologische Anbindung:** Letzte Kontrolle – wann? _____ Echo: LVF _____
- **Patient*innenverfügung?** Ja Nein | beachtlich verbindlich
- **PEG-Sonde:** Ja Nein | Welche Ernährung?: _____
- **Portkatheter (PAC):** Ja Nein

Funktioneller Status:

vollständig mobil teilweise mobil mit Gehhilfe Wohnungsmobil bettlägerig

Kann Arme bewegen? Ja Nein

Kann mit der Hand bis zum Gesicht? Ja Nein

Selbstständiges herunternehmen einer Nasenmundmaske möglich? Ja Nein

lebt alleine | Pflegestufe: _____ | Soziale Dienste: _____

Angehörige? Name: _____ Tel.Nr.: _____

Datum: _____